（様式1）

令和６年　　月　　日

兵庫県立ひょうごこころの医療センター

 　院長　田中　究　様

（所在地）

（称号又は名称）

（代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　㊞

参加申込書兼誓約書

入院セットレンタル等運営事業者選定に係る公募型プロポーザルに参加したいので、必要書類を添えて申請します。

なお、募集要項に定めた応募資格を満たしていること、並びにこの申請書及び必要書類の全ての記載事項について、事実と相違ないことを誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| （ふりがな）担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ－mailアドレス |  |

【その他必要添付書類】

・納税証明書（税務署発行のもの）

（様式2）

兵庫県立ひょうごこころの医療センター内における売店等運営事業者選定に係る質問書

宛先：〒６５１－１２４２　神戸市北区山田町上谷上字登り尾３番地

　　　兵庫県立ひょうごこころの医療センター　総務課（ﾌｧｸｼﾐﾘ：078-583-3797）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：kokoro\_hos@pref.hyogo.lg.jp）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質問者 | 会社名 |  |
| 住所 |  |
| 作成者の　　所属・氏名 |  |
| 電話 |  |
| ﾌｧｸｼﾐﾘ |  |
|  | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 |  |
| 質問要旨 |  |
|  |  |
|  |
| 項　　目 |  |
| 質問要旨 |  |
|  |

（様式3）

入院セットレンタル等運営業務実績一覧表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 業務期間 | 病院名 | 病床数 | 備考 |
| 1 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |  |  |  |
| 2 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |  |  |  |
| 3 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |  |  |  |
| 4 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |  |  |  |
| 5 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |  |  |  |

（1）貴社の兵庫県内の200床以上の病院で、同業務の3年以上の継続運営実績を記入してください。

（2）事例多数の場合は、20床以上の精神病棟がある施設を優先に200床以上の病院を5施設程度記載してください。

（様式4）

会 社 概 要

（令和６年１０月現在）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 商号又は会社名 |  |
| 2 | 代表者（ふりがな） |  |
| 3 | 所在地 |  |
| 4 | 電話番号 |  |
| 5 | FAX番号 |  |
| 6 | ホームページURL |  |
| 7 | 設立年月日 |  |
| 8 | 資本金 |  |
| 9 | 従業員数 |  |
| 10 | 業務内容 |  |
| 11 | 過去３年間の売上高 | 年度 | 年度 | 年度 |
| 百万円 | 百万円 | 百万円 |
| 過去３年間の純損益 | 年度 | 年度 | 年度 |
| 百万円 | 百万円 | 百万円 |
| 資産・負債の状況（直近決算期） | 流動資産 | 百万円 | 流動負債 | 百万円 |
| 固定資産 | 百万円 | 固定負債 | 百万円 |
| その他の資産 | 百万円 | 資本の部計 | 百万円 |
| 12 | 本業務に従事する事業所 | （事業者名）（代表者）（所在地）（電話番号）（FAX番号） |
| 13 | その他 |  |

※会社のパンフレットやチラシがあれば添付してください。

（様式5）

令和６年　　年　　日

兵庫県立ひょうごこころの医療センター

 　院長　田中　究　様

（所在地）

（称号又は名称）

（代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　㊞

管理手数料等見積書

　入院セットレンタル等運営事業者選定に係る実施要領に同意したうえで、管理手数料見積書を下記のとおり提出します。

提案加算割合

ア　見込量分　　　　　　　　　　％　・・・最低売上手数料

イ　見込量超過分　　　　　　　　％　・・・加算実績手数料

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 商品名 | 単価① | 見込量② | 最低売上手数料①×②×ア |
| Ａタイプ | 円 | 日 | 円 |
| Ｂタイプ | 円 | 日 | 円 |
| Ｃタイプ | 円 | 日 | 円 |
| Ｄタイプ | 円 | 日 | 円 |
| Ｅタイプ | 円 | 日 | 円 |
| 介護シューズ | 円 | 足 | 円 |

（1）算用数字で記入すること。

（2）加算割合は小数点以下第１位まで記入すること。

（3）消費税及び地方消費税を含むこと。

（4）売上見込を超過した売上に対しては、①×(売上実績－②)×イの手数料を支払います